ÜBER DIE BEHANDLUNG

DER

CARCINOMATÖSEN OESOPHAGUS-STRIKTUREN

MIT MORPHIUM.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

IMANUEL HERMANN HIRSCHFELD

APPROBIERTEM ARZT AUS ST. KREUZ I. L.

LEIPZIG

GUSTAV FOCK

1890.

ÜBER DIE BEHANDLUNG

DER

CARCINOMATÖSEN OESOPHAGUS-STRIKTUREN

MIT MORPHIUM.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

IMANUEL HERMANN HIRSCHFELD

APPROBIERTEM ARZT AUS ST. KREUZ I. L.

LEIPZIG

GUSTAV FOCK

1890.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0087

Die Medizin hat in den letzten Jahrzehnten auch bei den unheilbaren Übeln insofern Fortschritte gemacht, als die Kranken heute von den Symptomen ihres Leidens viel weniger zu dulden haben, als früher. Können auch die grössten Triumphe der chirurgischen und medikamentösen Technik den schliesslich letalen Ausgang eines inoperablen *Carcinoms* etwa das Magens oder des Darms nicht hindern, so spart doch die Magenfistel, der *anus praeternaturalis* und vor allem die Auswaschung des Magens dem Patienten manche unsäglichen Schmerzen, und wohl jeder Arzt würde ohne *Narcotica* in so trostlosen Zuständen auf seinen Beruf verzichten wollen.

Bei der allgemeinen Anwendung, welche nun gerade das *Morphium* in allen den genannten Krankheiten gefunden, wird sich wohl mancher darüber wundern, dass dasselbe jetzt speziell für die *Carcinome* des *Oesophagus* empfohlen werden soll. Es handelt sich hierbei jedoch nicht darum, den Patienten mit dem Mittel einige Stunden über das Traurige seiner Lage hinwegzutäuschen, sondern mit demselben die Striktur zu öffnen und die Nahrungsaufnahme wieder zu ermöglichen.

Die Verengerung der Speiseröhre wird in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch Krebs verursacht und die ihr eigentümliche Gefahr des Verhungerns tritt meist erst dann ein, wenn die Enge soweit gediehen ist, dass beim Sondieren eine mittelstarke Sonde nicht mehr passiert.

Alle nun bis jetzt angewandten Methoden zur Erweiterung dieser Strikturen haben das Gemeinsame, dass sie dieselben mechanisch angreifen. Alle werden deshalb auch mechanisch schädigen können und im grossen und ganzen mit denselben Gefahren verbunden sein.

Das älteste[1]), aber schwierigste und schädlichste Verfahren besteht in der für jede einzige Nahrungsaufnahme von neuem vorzunehmenden Sondierung. Es ist nämlich bei dem schnellen Grössenwechsel der Öffnung der Strikturen nicht möglich, selbst wenn heute die richtige Dicke des Instruments gefunden, dasselbe morgen wieder durchzubringen und bei der grössten Geschicklichkeit wird mit der Spitze der Sonde nicht gleich in das Loch des Engpasses hineingetroffen werden. Auf jeden Fall tritt bei der Sitzung eine Reizung des *Carcinoms* ein und das Wachstum, wie vielleicht auch der Zerfall desselben werden, wenn man nach Analogien anderer Orte schliessen darf, recht bedeutend beschleunigt.[2]) Das letztere und eine Entzündung der Schleimhaut sind oft der einzige, recht unerwünschte Erfolg, denn trotz der mühsamsten und geduldigsten Versuche gelingt es häufig nicht, durch die verengte Stelle zu kommen. Und gerade bei solchen resultatlosen, wenn auch noch so schonend vorgenommenen Manipulationen riskiert der Kranke, dass der *Oesophagus* durchstossen wird. Man würde wohl sicher mit dem Sondieren vorsichtiger sein, wenn gleich nach so gesetzter Verletzung der Patient sterben würde. Er geht aber, wenn nicht gerade ein sehr auffallendes Unglück geschieht, gewöhnlich erst später zu Grunde, und der Schaden wird leicht übersehen. Gleichwohl vermeidet die Mehrzahl der heutigen Ärzte bei *Carcinomen* aus den obigen Gründen die tägliche Einführung der Instrumente. Man liess dann wohl früher, nachdem der Weg einmal gefunden, die Sonde auf die Dauer liegen[3]), das obere Ende entweder in der Nase oder im Munde be-

---

[1]) Zenker und von Ziemsen — „Krankeiten des Oesophagus". Handbuch für spezielle Pathologie und Therapie.

[2]) Billrot, chirurgische Erfahrungen.

[3]) Renvers — „Zur Behandlung der Oesophagusstrikturen mittelst Dauerkanülen". Zeitschrift f. kl. Med. Bd. XIII., p. 499.

festigend. Ein so ausgerüsteter Patient kann, wie sicher konstatiert, über zehn Monate die Nahrung regelmässig in den Magen bringen. Die Ausnahme bildet aber das so lange mögliche Tragen der Magensonde. In der Regel knickt sie ein, verstopft sich schnell, der Mandrin kann das komprimierte Rohr mit Erfolg nicht reinigen; unerträgliche Druckgeschwüre entwickeln sich am Ringknorpel und alles zwingt — wenn heftige Würg- und Brechbewegungen es nicht von selbst besorgen — die Sonde zu entfernen. Ob während des Liegens das viele Hin- und Herscheuern am *Carcinom* aber die Spontanheilung oder nur den höchst zweischneidigen Zerfall der Massen beschleunigt, ergiebt sich für die fast unendlich überwiegende Mehrzahl der Fälle, wenigstens nach unseren jetzigen Anschauungen, von selbst. Nicht sehr willensstarke Individuen, und auch diese sind in Betracht zu ziehen, werden überhaupt die Dauersonde, als höchst genierenden Fremdkörper im Schlunde, nicht lange vertragen können.

Ein grosser Fortschritt war es daher, als Symonds und Mackenzie in England und Renvers[1]) bei Leyden[2]) auf den Gedanken kamen, die Sonde oben und unten abzuschneiden und nur die verengerte Stelle zu kanalisieren. Leider ist aber auch hier die Einführung mit den obengenannten Gefahren verbunden und gelingt es keineswegs leicht, oft gar nicht oder erst nach tagelangen Vorarbeiten mit langen Schlundsonden, den nötigen Raum zu schaffen für die Placierung mittelgrosser starrer Röhrchen, denn nur diese sind zu verwenden. Ist die Kanüle dann versenkt, so wird sie weder durch die im Munde oder der Nase fixierten Fäden, noch durch den Rinn-Haken-Mechanismus *Obalinscis*[3]) in allen Fällen

---

[1]) Renvers (l. c.).

[2]) Leyden — „Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin". 1888.

[3]) Renvers (l. c.).

hinreichend befestigt sein[1]), um nicht gelegentlich in den Magen herabzugleiten. Ein günstiger Zufall kann sie ja, wie geschehen trotz des meist leeren Digestionstraktus, ohne Schaden anzurichten, wieder hinausbefördern. Dies wird jedoch kaum immer der Fall sein.

Die meisten Kranken haben, soweit ihre Leidensgeschichten veröffentlicht sind, bis jetzt überhaupt bei dieser Methode viel Glück gehabt. Denn nur das ist es, wenn die Kanüle so liegt, dass sie einen fast gleichmässigen Schutz und Druck auf die ganze Masse des *Carcinoms* ausübt, und mit dem oberen Ende des *Tumors* abschliesst. Häufiger ist sie sicher bei ihrer exquisit konischen Form nur an einer besonders engen Stelle im Anfang der Striktur fixiert und balanciert mit der oberen Partie im *Oesophagus* hin und her, die Geschwulst und Schleimhaut mal drückend, mal reibend. Bei ihrer jetzigen Gestalt ist darum selbst die Hoffnung eine trügerische, das *Ulcerationen* und *Perforationen* durch sie wie von einer Decke vor der Berührung mit Speisen geschützt werden.[2]) Im Gegenteil. Zwischen den oberen Teilen des Krebses und des Instrumentes bildet sich unzweifelhaft häufig ein nicht ganz freier Raum, in dem die Speisemassen liegen bleiben, faulen und jauchen. Schliesst aber in seltenen Fällen die Kanüle oben mit dem Niveau der Striktur wirklich ab, so ist letztere recht weit; das Durchgangshindernis wird hier nur erhöht oder gebildet durch die Dauerkanüle selbst. Denn nicht ungefährlich ist ihre Entfernung auch um die Zeit des Zerfalls. Bei nur geringer Schiefstellung muss sie sich bei jedem Zuge an die buchtige Wand der morschen Speiseröhre stemmen und diese bei selbst mässiger Anwendung von Gewalt durchbohren. Unangenehmeren Zufällen noch ist man in der Periode

---

[1]) Jaworski — „Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin". 1888.

[2]) Renvers (l. c.).

[3]) Leyden (l. c.).

des Wachstums des *Tumors* ausgesetzt. Wenn die Kanüle in der Striktur nach Wunsch und Vorschrift liegt, so kann sie, oben und unten von Krebsmassen umwachsen, völlig festgeklemmt werden[1]), was nicht einmal das tägliche immerhin prekäre Nachfühlen mit einem *Mandrin*, wie Beobachtungen beweisen, hintanhalten konnte. Die Folgen eines gewaltsamen Herausreissens wären aber dann geradezu deletäre. Trotz aller erwähnten, möglichen Eventualitäten ist diese Renvers-Leydensche Einführung in die Praxis eine segensreiche, welche leider bei nur wenigen geeigneten Fällen, wie die — bei grossem *Scepticismus* allerdings auch anders deutbaren — Krankengeschichten zeigen, grosse Erleichterung bringen und das Leben längere Zeit erhalten kann.

Die letzte unblutige Methode, welche bei narbigen Strikturen gute Wirkung hat, die allmähliche Erweiterung der Enge mit eventuell längere Zeit liegenbleibenden, minder mehr grossen oder einer aufschraubbaren Elfenbeinolive und auch die Zapfenramme[2]) von von Bruns bleiben bei dem *Carcinom* ohne dauernden Erfolg. Die Substanz des letzteren ist kaum kompressibel, die Wand der Speiseröhre dehnt sich und weicht, trotz der meist infiltrierten Umgebung, aus, um jedoch bald dieselbe Stelle wieder einzunehmen. Die zur Erweiterung angewandte Gewalt darf nämlich keinen Falls bis zur Sprengung des Hindernisses gesteigert werden, da ein nur kleiner Riss im brüchigen Gewebe sich weit fortsetzen und den letalen Ausgang verfrühen kann. Letzteres gilt in noch höherem Masse vom Pressschwamm und der schon früher empfohlenen[3]), neuerdings von Senator aus dem alten Armentarium wieder hervorgeholten *Laminaria* und allen quellbaren Materialien. Ist ja doch bei der

---

[1]) Renvers (l. c.).

[2]) Höchstetter — „Über Dilatation der Oesophagusstrikturen".

[3]) Höchstetter (l. c.).
Senator — Therapeutische Monatshefte. 1889.

Unberechenbarkeit des Widerstandes der Striktur nicht einmal der Umfang des in *situ* sich vergrössernden Körpers bekannt.

Mindestens muss bei der Entfernung der *Laminaria* öfter unzuträgliche Gewalt[1]) angewandt werden, besonders, wenn das untere Ende die Striktur nur ein wenig pilzartig überragte.

Ein Schritt und wir sind bei der hier wohl stets von oben nach unten vorzunehmenden internen *Oesophagotomie.* Mit kachiert eingeführtem Messer ohne Aufsicht des Auges in nächster Nähe der wichtigsten Organe zu schneiden, ist ein Hasardspiel um das Leben, das hier umso unnützer ist, als der selbst vielfach gespaltene *Tumor* denselben Widerstand bald wieder bietet, wenn nicht der Hauptgewinn die Verjauchung der Krebsmassen ist.

Viel rationeller, aber auch nicht gerade von glänzendem Erfolge gekrönt, sind die *Oesophag-Gastrectomien* und Magenfisteln. Die Statistik[2]) lehrt, dass eine Verlängerung des Lebens bei den ersteren nicht in dem Maasse eintritt, als man verlangen müsste bei der Gefahr, welcher der Kranke durch dieselbe ausgesetzt ist. Eine narbige Striktur ist ein schon glückliches Resultat, doch fehlt zur Hemmung oder Heilung derselben dem Patienten oft die nötige Lebenszeit. Selbst der kühnste Operateur kann ja bis heute meist nur symptomatisch die Striktur eliminieren. Eine Radikalextirpation des ganzen *Tumors* ist so lange im allgemeinen ein *pium desiderium,* bis die Diagnose des *Oesophagus*-Krebses frühzeitig mit Sicherheit zu stellen ist und der Kranke sich sofort zu dem lebensgefährlichen Eingriff entschliesst. Ausserdem verfallen viele nach chirurgischen Eingriffen am *Digestionstractus,* ohne dass bis heute eine genügende

[1]) Höchstetter (l. c.). — Gross bei Renvers (l. c.).

[2]) Nach Kriess Zusammenstellung (in der deutschen Medizinalzeitung 1886) schwankte die Lebensdauer von 35 wegen Oesophaguscarcinom durch Gastrotomie mit Erfolg operierten zwischen 27 Tagen und 12 Monaten, betrug also Mittel 125 Tage.

Erklärung zu geben wäre, einer schnellen *Inanition*, welche hier durch die Kachexie des Grundleidens noch gesteigert wird. Selbst bei einfachen Magenfisteln ist dieser Zustand manchmal nicht zu hindern, wenn auch gespeichelte, richtig temperierte und im annähernd normalen Verdauungsstadium befindliche Nahrungsmittel eingebracht werden. Die Hoffnung, welche man deshalb im Anfang an diese genialen Operationen knüpfte, sind nicht in Erfüllung gegangen. Meister ihrer Kunst fordern die Kranken kaum mehr zu derselben auf. Für Fälle, in welchen der Allgemeinzustand jedoch relativ gut, die Striktur aber für alles undurchgängig bleibt, wird die Anlegung einer Magenfistel oder auch die *Gastrectomie* für immer reserviert und in Übung bleiben müssen, nur in Ermangelung jeder andern Hilfe, da wir bis jetzt mit den Nährklystieren kaum jemand auf längere Zeit von dem Hungertode retten können.

Bei allen Maassnahmen in der Behandlung einer *Oesophagus stenose* sollte man nun nicht von der Vorstellung ausgehen, dass in jedem Fall von *carcinomatöser* Striktur, der *Tumor* durch seinen Umfang und die Bildung einer verdickten, starren unnachgiebigen Wand den *Oesophagus* verlege, und so den für die Passage der Nahrungsmittel notwendigen Platz verstopfe. Man sieht ja vielmehr oft, dass heute das mittelstarke Instrument leicht passiert und morgen mit dem dünnsten nicht durchzukommen ist; dass morgens festere Nahrungsmittel geschluckt und schon abends Milch und Breie regurgitiert werden; dass wochenlang kaum ein grösserer Bissen und dann wieder Tage hindurch jedes kleine Bröckel stecken bleibt, und schliesslich, dass ein bei der Autopsie den *Oesophagus* nicht entfernt obturierender *Tumor*, denselben im Leben vollständig undurgängig machen kann. Diese scheinbar sich widersprechenden Beobachtungen finden, wie ich glaube, eine Erklärung durch die günstigen Erfolge der *Morphium*-Behandlung: Es handelt sich bei vielen Strikturen nicht allein um die Grösse

des *Tumors*, sondern besonders im Anfange um eine spastische Kontraktion der Ringmuskulatur, welche das in der Ruhe noch offene Lumen an der erkrankten Stelle zusammenschnürt. Diese Annahme findet vielfache Stützen in der Pathologie der übrigen *Oesophagus*-Krankheiten. Die Muskulatur dieses Organs hypertrophiert nach ganz geringen Reizen[1]) und sind Fälle bekannt, wo schon sieben Wochen nach geringen Verengerungen die Fleischmassen deutlich an Durchmesser zugenommen hatten. Wenn nun auch die Muskelhypertrophie beim Krebs nicht so kräftig entwickelt wird, wie bei gewöhnlichen Strikturen, so ist sie in der Mehrzahl der Fälle vorhanden. Von der Energie dieser Muskelwand sind ferner die hysterischen und idiopathischen zuweilen schwer überwindlichen spastischen *Oesophaguscontracturen*[2])[3]) die besten Zeugen. — Dass aber die *Ulceration* der Schleimhaut des *Oesophagus* beim *Carcinom* zu einer starken sensiblen Reizung führen muss, und damit reflektorisch eine heftige Kontraktion der Muskelschicht der *Oesophagealwand* herbeizuführen geeignet ist, bedarf keiner Ausführung.

Zur Hebung solcher Reflexkrämpfe und zur Beruhigung unwillkürlicher Muskeln ist das souveräne Mittel das *Morphium*. Die Therapie der Magen-, Darm-, Herz- und Lungenkrankheiten macht gerade von dieser Eigenschaft ausgedehnten Gebrauch. Und auch bei den Strikturen der *Urethra* und des *Oesophagus* wurde längst schon häufig die Bemerkung nebenbei gemacht, dass die Sonden- resp. Nahrungseinführung bedeutend erleichtert ist unter der Wirkung von Opiaten, ja dass sogar nach vorher absoluter Unmöglichkeit die Enge mit einer dünnen Sonde zu passieren, dann die konsistenteren Breie

[1]) Zenker und Ziemsen (l. c.).

[2]) Zenker und Ziemsen — „Krankheiten des Oesophagus“ (l. c.).

[3]) Lecombe — „Deux faits d'oesophagisme symptomatique lié dans un à un cancer de l'éstomac dans lautre à un cancer situé loin de l'obstacle.“

genossen werden konnten Fritsche[1]) erwähnt z. B. in seiner Dissertation über den Krebs der Speiseröhre diese Wirkung verschiedentlich und Renvers[2]) giebt, wenn der *Oesophagus* durch krampfartige Zusammenziehung, gleich nach der Einführung der Dauerkanüle undurchlässig wird, mit baldigem Erfolg eine *Morphiuminjection.*

Alle diese, und mit ihnen wohl die meisten Ärzte, wandten, soweit wenigstens aus den Veröffentlichungen zu ersehen, das *Morphium* aber immer nur darum an, um dem Patienten in einigen Stunden Vergessenheit, Trost in dem jammervollen Leiden zu spenden, besonders nach erfolglosen, mechanischen Erweiterungsversuchen. Zu beliebiger Tageszeit und in keiner Beziehung zu den Mahlzeiten wurde es deshalb verabreicht. Es empfiehlt sich aber nun entschieden, das Mittel mit dem direkten Zwecke zu geben, die Striktur, durch Beseitigung der reflektorischen Muskelkontraktion, durchgängig zu machen. Bevor wir jedoch auf diese Behandlungsweise und ihre Erfolge näher eingehen, teilen wir einige einschlägigen, teils in der Königsberger, teils in der Strassburger Klinik aufgenommene Krankheitsgeschichten mit, die Herr Professor Naunyn mir zur Verfügung gestellt hat, wofür ich ihm meinen besten Dank ausspreche. —

1. Jenny W., 48 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und befand sich stets wohl, bis sich vor vier Monaten beim Schlucken das Gefühl einstellte, als ob die Speisen oberhalb des Magens liegen bleiben. Schon acht Wochen später wurde es für sie unmöglich, festere Nahrung herabzubringen, seit 14 Tagen machen auch Flüssigkeiten erhebliche Schlingbeschwerden und werden zum grössten Teil wieder erbrochen, Milch stets in nicht koaguliertem Zustande. Stuhlgang angehalten und seit langer Zeit stets hart, Appetit gut.

Status praesens: Kleine, gracil gebaute sehr magere

[1]) Fritsche — über den Krebs der Speiseröhre.

[2]) Renvers (l. c.).

Person von gelblich fahler Hautfarbe. Die Auskultation und Perkussion ergiebt am *Thorax* überall normalen Befund. Die Leber ist vergrössert und drei Finger breit unter dem Rippenbogen tastet man deutlich ihren unteren Rand. Derselbe ist ziemlich weich anzufühlen und die Oberfläche scheint mit vielen kleinhöckerigen Auflagerungen versehen zu sein. Die Palpation ist hier mit deutlichem Schmerz verbunden; im übrigen ergiebt das Tastgefühl in dem sehr zusammengefallenen Bauche nichts Erwähnenswertes.

Patientin kann selbst Flüssigkeiten nicht herunterschlucken, dieselben werden nach einiger Zeit wieder ausgespieen. Die Magensonde stösst ungefähr in der Gegend der Bifurkationsstelle der *Trachea* auf ein durch sie unüberwindliches Hindernis. Urin wird in minimalen Quantitäten gelassen, spez. Gew. 1030. Stuhlverstopfung, Temperatur und Puls normal.

Ordination: Dreimal täglich, jedesmal vor der Mahlzeit eine *Morphium*einspritzung von 0,01 unter die Haut des Sternums. Flüssige Nahrung. Darmausspülung.

9. 12. 85. Patientin vermag etwas besser als früher zu schlucken, mehr als die Hälfte wird jedoch noch erbrochen.

12. 12. 85. Es wird gar keine Nahrung mehr bis in den Magen gebracht. Der Kräfteverfall ist zusehends. Urin in minimalen Mengen, spez. Gew. 1030, Eisenchloridreaktion, kein Eiweiss.

Ordination: Ernährungsklystiere pro *die* 100 Gramm Kochs Pepton. Patientin wird unter *Morphium* gehalten.

23. 12. 85. Die Kranke erholt sich unter dieser Behandlung sichtlich, doch klagt sie über Leibschmerzen und hat Durchfälle. Deshalb werden zwei Tage keine Nährklystiere gegeben.

26. 12. 85. Letztere werden heute wieder begonnen, die Durchfälle haben nachgelassen.

3. 1. 86. Flüssige Nahrung wird bedeutend besser geschluckt. Da die Koliken von Zeit zu Zeit wieder

auftreten, werden jetzt nur noch eins, höchstens zwei Ernährungsklystiere pro *die* gegeben Patientin bekommt nach wie vor ihre drei *Morphium*-Injektionen täglich. Die Sonde scheint etwas tiefer in die *Oesophagus*-Striktur eindringen zu können, vermag aber noch immer nicht durch sie hindurchzukommen. Urin nicht mehr wie 100 cbcm, spez. Gew. 1027, kein Eiweiss Eisenchloridreaktion.

13. 1. 86. Mit grosser Vorsicht schluckt Patientin jetzt gut flüssige Speisen, die Nährklystiere werden ganz ausgesetzt. Urin immer noch wie am 3/1.

15. 1. 86. Nach den Einspritzungen ist die Person in der letzten Zeit sehr aufgeregt, es wird deshalb *Atropin* denselben hinzugesetzt.

20. 1. 86. Die Erregungserscheinungen treten nicht mehr ein. Patientin vermag völlig genügend sich *per os* zu ernähren, Urinmenge heute 500 Gramm, derselbe hat keine Eisenchloridreaktion mehr.

30. 1. 86. Patientin sieht verhältnismässig recht kräftig aus, Puls, Temperatur, Stuhlgang normal. Urin 970 cbcm, spez. Gew. 1009.

13. 2. 86. Ernährungszustand bleibt andauernd recht befriedigend. Wegen der Schmerzen an der Strikturstelle und Gährungen im Magen werden *Carbol*-Pillen mit *Morphium* verordnet.

20. 2. 86. Da die letzteren Magendrücken zu verursachen scheinen, wird eine Lösung gegeben von *Rp. acid. carbol* 1,0, *aq. dest* 150. *Morph. muriat* 0,08, *Glycerin pur* 50,0. Die Urinmenge beträgt jetzt regelmässig über 1000 cbcm bei einem spez. Gew. von 1010 bis 1014.

10. 3. 86. Der Zustand der Patientin ist recht befriedigend. Sie ist sogar auffallend wohl.

16. 3. 86. Heute bestehen Klagen über Schmerzen im Schlunde, der Stuhlgang ist nie recht in Ordnung. Kotballen deutlich fühlbar.

20. 3. 86. Patientin wird in das rote Haus übergeführt.

Dieselbe bekommt ihre *Carbol*-Lösung mit *Morphium*. Ausserdem vor dem Mittagessen 0,015 *Morphium subcutan* und abends *Morphium* mit *Atropin*. Die Kranke befindet sich wohl, geht im Zimmer herum und bringt fast alle flüssige und breiige Nahrung herab. Nur sehr geringe Quantitäten kommen von Zeit zu Zeit wieder hinauf. Stuhlgang nur auf Ausspülungen.

30. 3. 86. In der letzten Zeit klagt Patientin weder über Aufregung, noch Nachtschweisse. Deshalb wird das *Atropin* weggelassen.

11. 4. 86. Mit anscheinend gutem Allgemeinbefinden kommt die Patientin heute zur Entlassung; die Person kann sich vollständig gut *per os* ernähren; es wird ihr geraten, mittags und abends vor den Mahlzeiten 0,015 *Morphium subcutan* zu nehmen.

2. Friedrich Z., 42 Jahre alt.

Patient ist bis zu seiner jetzigen Erkrankung immer gesund gewesen. Den Beginn seines Leidens datiert er cirka 7 Monate zurück. Damals bemerkte er zuerst, dass nach dem Essen besonders von festeren Speisen in der Magengegend ein stechender Schmerz auftrat. Im Dezember 1886 fing er an zu erbrechen und zwar im Anfang nur die konsistente Nahrung. Eine Anschwellung der Parotis machte ihm im Januar das Kauen unmöglich und bald trat Erbrechen bei allen Speisen ein. Der Patient fühlt, dass er immer mehr abmagert und schwächer wird. Früheres Gewicht 225 Pfund, jetzt 154.

Status praesens: Grosser starkknochiger Mann, Muskulatur schwächlich, Fettpolster sehr gering, Gesichtsfarbe *cyanotisch*, an den unteren Extremitäten bestehen leichte *Ödeme*. Untersuchung der Brustorgane ergiebt vom unteren Rande der vierten Rippe an beiderseits Dämpfung. Uber den nicht gedämpft klingenden Teilen der Brustwand hört man bei der Auskultation normales Atmen. Unterhalb derselben ist das Atmungsgeräusch und der *Pectoral fremitus* bedeutend abgeschwächt. Die Untersuchung mit der Schlundsonde lässt eine bestehende

Stenose des *Oesophagus* an der *Cardia* fühlen; Stuhlgang retardiert. Urin in geringen Mengen, spez. Gew. 1030, Temperatur und Puls normal.

Abdomen aufgetrieben, auf Druck im *epigastrium* empfindlich, Palpation ergiebt Anwesenheit eines ziemlich bedeutenden *Ascites*.

Alle genommene Nahrung wird erbrochen.

Ordination: Morphium subcutan vor jeder Mahlzeit 0,01.

15. 5. 87. Patient behält alle flüssige Nahrung, die gut geschluckt wird, bei sich.

24. 5. 87. *Punktion* des *abdomens;* es werden 10 Liter seröser Flüssigkeit entleert; Urinmenge steigt auf über 1000 Gr. täglich.

28. 5. 87. Patient verlässt die Klinik gebessert und erbricht, seitdem er *Morphium*-Einspritzungen bekommt, nicht mehr und fühlt sich bedeutend wohler.

3. Frau L., 55 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet. Ausser einem Nervenfieber hat sie nie eine ernstliche Krankheit gehabt. Im Mai vorigen Jahres bemerkte sie, dass die Bissen nicht mehr glatt herabgehen wollten, sie blieben öfter im „Halse“ stecken und konnten nur durch nachgetrunkene Flüssigkeiten in den Magen befördert werden. Seit 2 Monaten werden festere Speisen unverdaut wieder ausgespieen. Flüssigkeiten machen nur geringe Schlingbeschwerden.

Status praesens: Mittelgrosse, noch ziemlich gut genährte Person. *Torax* und *Abdomen* normaler Befund. Eine Striktur in der Nähe der *Cardia,* welche dünne Sonden passieren lässt. Kompaktere Bissen bleiben hier liegen und werden nach einiger Zeit erbrochen.

28. 1. 86. *Ordination:* 1 Centigramm *Morphium* vor dem Mittagessen *subcutan*; flüssige Speisen. Das Schlucken geht bedeutend besser und leichter, subjektives Befinden der Patientin sehr gehoben.

12. 2. 86. Patientin kommt heute zur Entlassung mit dem Rate, *Morphium* zu Hause vor jeder Mahlzeit zu nehmen.

4. M., 61 Jahre alt. Patient stammt aus gesunder Familie. Vor cirka einem halben Jahr bemerkte er, dass Bissen von Fleisch ihm innerhalb der „Brust“ stecken blieben. Ein Arzt sondierte ihn. Trotzdem nahmen die Schlingbeschwerden zu, so dass Patient weiche und flüssige Speisen gar nicht oder wenigstens nur mit grossen Schwierigkeiten schlucken konnte. Bei einer in seiner Heimat vor cirka 2 Wochen vorgenommenen Sondierung gelang es nicht mehr in den Magen zu kommen, sondern das Instrument blieb etwa in der Mitte des *Sternums* stecken. Seit etwa 10 Tagen hat Patient gar nichts mehr schlucken können.

Status praesens: Ziemlich grosser, kräftig gebauter Mann, schlechter Ernährungszustand. Die Klagen beziehen sich auf Hunger und Durstgefühl, Herz und Lunge normal, *Abdomen* sehr stark eingezogen, Därme leer, Magen- und Lebergegend sehr druckempfindlich. *Tumor* oder Drüsenanschwellung sind nirgends zu finden. Bei der Sondierung des *Oesophagus* stösst man etwa in der Höhe der Bifurkationsstelle auf ein Hindernis, durch welches man selbst mit den feinsten Sonden nicht hindurchgelangt. Flüssigkeiten werden in ganz geringen Quantitäten getrunken, ein Stückchen von einer weichen Semmel wird bereits nach einer Minute wieder ausgewürgt.

23. 6. 83. Nachdem eine halbe Stunde vorher eine *Morphium*-Injektion von 0,01 gegeben, passiert heute die Sonde die *Stenose*. Im Laufe des Tages kann Patient flüssige Nahrung in grösseren Quantitäten geniessen und befindet sich frei von Beschwerden.

26. 6. 83. Patient hat in den letzten Tagen gut schlucken können, nachdem er *Morphium-subcutan* erhalten und verschiedentlich sondiert worden war. Er verlässt die Klinik.

5. Theodor Cz., 52 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet. Vor acht Jahren machte er einen Gelenkrheumatismus durch. Seit 3 Wochen hat er Schluckbeschwerden, es kommt ihm vor, als bestände ein Hindernis in der

Speiseröhre, welches dem Hinabgleiten fester Speisen Schwierigkeiten entgegensetzt. Er hat deshalb in den letzten 2 Wochen hauptsächlich weiche und flüssige Speisen zu sich genommen, seit 3 Wochen leidet er ausserdem an Heiserkeit.

Status praesens: Patient ist in einem noch mässig guten Ernährungszustand, an Lunge, Leber, Herz nichts Besonderes. Die Untersuchung des Kehlkopfs ergiebt keine *Anomalie*, welche die bestehende Heiserkeit erklären könnte. Die Sondierung des *Oesophagus* zeigt die Anwesenheit einer Striktur ungefähr 25—30 Ctmts vom *Orificium oris* entfernt. Es gelingt keiner Sonde dieselbe zu passieren. In der linken *Fossa supraclavicularis* eine undeutliche Härte fühlbar. Urin eiweissfrei, spez. Gew. 1010.

Ordination: Morphium-Injektion von 0,01 vor jeder Mahlzeit.

21. 12. 87. Patient vermag dünne Speisen und auch kleine Fleischstückchen zu geniessen, ohne dass er erbricht. — Wird aus der Klinik entlassen.

6. Joachim W., 50 Jahre alt, war früher immer gesund. Im September 1887 bemerkte er zuerst, dass ihm beim Essen der Speisen das Schlucken schwer wurde und dass er dabei Schmerzen empfand, er musste viel aufstossen und erbrechen. Milch soll immer in ungeronnenem Zustande ausgewürgt worden sein.

Status praesens: Grosser starkknochiger Mann, mit dürftig entwickelter Muskulatur und sehr geringem *panniculus adiposus*, Hautfarbe schmutzig bräunlich, Brust und Unterleibsorgane lassen keine *Anomalien* erkennen. Die genossenen Speisen werden gleich nach dem Schlucken erbrochen. Die Untersuchung mit der Schlundsonde lässt eine Verengerung der Speiseröhre, etwa 15—20 Centimeter vom *Orificium oris* entfernt, erkennen. Die Verengerung ist für dünne Sonden passierbar.

Ordination: Morphium-Injektion morgens und abends jedesmal vor den Mahlzeiten 0,01. *Carbol*-Pillen.

27. 2. 87. Patient vermag nach dieser Behandlung alle Speisen zu geniessen und verlässt gebessert die Klinik.

7. Ludwig F., 52 Jahre alt, war bis auf seine jetzige Krankheit stets gesund. Im August 1885 erkrankte er unter heftigem Bluterbrechen und Magenschmerzen. Seit dieser Zeit litt er an Appetitlosigkeit, Aufstossen, Schmerzen während und nach dem Essen. Seit Anfang Oktober gesellte sich dazu noch Behinderung der *Deglutition*, zumal feste Speisen blieben in der „Magengegend" stecken und wurden häufig auch erbrochen.

Status praesens: Kleiner, enorm kachektisch aussehender Mann, *Abdomen* stark eingesunken, auf Druck in der *Epigastralgegend* schmerzhaft, *Tumor* nirgends fühlbar. Schlundsonden bleiben in der Nähe der *Cardia* in einem Hindernis stecken.

Ordination: Morphium subcutan jedesmal 0,01, dreimal täglich vor den Hauptmahlzeiten; *Carbolsäure*-Lösung und *Morphium* innerlich. Flüssige Diät. Gegen die starke Stuhlverstopfung Darmausspülung.

18. 11. 86. Patient kann gut schlucken, behält das Essen nur, wenn er vorher *Morphium* injiziert erhalten hat, dann aber auch ziemlich regelmässig bei sich. Der Ernährungszustand hat sich jedenfalls nicht verschlechtert. Der Kranke verlässt die Klinik.

8. Karl L., 48 Jahre alt, die Eltern starben im hohen Alter, er selbst war stets gesund. Seit November 1888 fühlt sich Patient nach dem Genuss kalten Wassers unwohl. Im Frühling verspürte er zuerst Schmerzen in der *Cardial*-Gegend. Feste Speisen wurden seit dieser Zeit erbrochen.

Status praesens: Mittelgrosser Mann, von ziemlich derben Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur, fast keinem *panniculus adiposus*. Untersuchung der Brust- und Bauchorgane, wie des Urins ergiebt normale Befunde. Körpergewicht bei der Aufnahme 117 Pfund. Patient ist nicht im stande feste Nahrung, auch noch so klein gekaut, zu sich zu nehmen. Sowie er sie geschluckt, wird

sie wieder herausgewürgt. Flüssigkeiten in ganz geringen Mengen vermag er zu geniessen, jedoch auch nicht regelmässig. Bei Sondierung des *Oesophagus* gelangt man 42 Centimeter vom Lippenrande entfernt auf einen Widerstand, den man ohne Anwendung von Gewalt nicht überwinden kann. Patient erhält eine Viertelstunde vor dem Mittagsessen 0,01 *Morphium subcutan,* darauf kann er mittags und abends Brei, Gemüse, Pfannenkuchen, gehacktes Fleisch essen, Brot bringt er nicht hinunter. Nach 0,015 *Morphium* eine Viertelstunde vor dem Essen vermag er auch Brot, und dieses selbst noch am andern Morgen zu schlucken.

In den ersten 3 Tagen erhält Patient abends wegen Schlaflosigkeit noch 0,01 *Morphium,* später überhaupt nur noch für den ganzen Tag 0,015. Der Mann fühlt sich sehr wohl, Gewicht am 25./11. 89 120 Pfund.

Am 1. Dezember wurde er bei subjektivem Wohlbefinden entlassen, er kann alles geniessen und wird ihm der fernere Gebrauch des *Morphiums* angeraten. Die Dosis brauchte nicht gesteigert zu werden.

9. Sch., 54 Jahre alt, seit 4 Wochen bestehen Schluckbeschwerden und ist die Speiseröhre für feste Speisen gar nicht mehr durchgängig, selbst Flüssigkeiten werden häufig regurtitiert, Milch in nicht geronnenem Zustande, in der linken *Fossa supraclavicularis* ein grosses Packet harter Drüsen fühlbar. Der Schlundschwamm bleibt in der Gegend der Bifurkation der Trachea stecken. Nach mehreren *subcutanen Morphium*-Injektionen fühlt sich der Patient sehr erheblich gebessert und kann wieder ganz gut schlucken.

10. Josef St., Weichensteller, 47 Jahre alt, klagt seit 9 Monaten über Magenschmerzen und Beschwerden beim Schlucken. Fleischstücke blieben stecken und Flüssigkeiten gingen nicht eher herab, als bis erstere wieder erbrochen waren. Der Schlundschwamm stösst in der Gegend der *Cardia* auf ein Hindernis. Nach *Morphium*-Injektionen ist das Schlucken wieder möglich.

Körpergewicht am 28/11. 110 Pfund, am 15/12. 113 Pfund. Patient verlässt die Klinik und kommt täglich, um sich vor dem Mittagessen eine *Morphium*-Einspritzung geben zu lassen, nach der er jedesmal wieder 24 Stunden lang gut schlucken kann. Körpergewicht am 2/1. 89. 119 Pfund.

11. Karl A., 38 Jahre alt, führt seine jetzigen Beschwerden auf Magenkrämpfe, von denen er im Sommer 1888 befallen wurde, zurück. Feste Speisen werden vermischt mit Schleim seit Februar 1889 regelmässig erbrochen; ausserdem Klagen über heftige Schmerzen in der Magengegend. Ganz flüssige Nahrung kann noch in den Magen gelangen. Die Sonde stösst in der Gegend der *Cardia* auf ein unüberwindliches Hindernis. Nach *Morphium*-Injektionen können selbst breiige Speisen bedeutend besser und leichter geschluckt werden.

Aus den angeführten Fällen ergeben sich die hervorragenden Vorteile der *Morphium-Therapie*. Durch diese gelang es, bei den 12 Kranken eine bedeutende und keineswegs nur ganz vorübergehende Besserung zu erzielen. 0,01—0,02 *Morphium* als *subcutane* Injektion dreimal täglich, eine Viertelstunde vor der Mahlzeit erleichterte das Schlucken stets.

In Fall 8 und 10 genügte sogar 0,015 des Mittels, gegen Mittag injiziert für den ganzen übrigen Tag, und auch am nächsten Morgen konnten Brot und Fleischstückchen ohne Schwierigkeiten in den Magen gebracht werden. Direkt nach der *Morphium*-Injektion wurden breiige und gut gekaute konsistentere Speisen von jedem der 12 erst angeführten Patienten genossen. Der Ernährungszustand besserte sich bei allen diesen 12 sichtlich, No. 10 wurde in einem Monat um 9 Pfund, No. 8 in neun Tagen drei Pfund schwerer. Die übrigen sind leider nicht gewogen worden. Der Urin nahm an Menge bei allen sehr zu, ein sicheres Zeichen der besseren Ernährung. Subjektiv fühlte sich jeder mit *Morphium* Behandelte bedeutend wohler, war mit den erzielten Resultaten zufrieden, ja mancher glaubte sich sogar geheilt.

In Fall 1 traten nach den Injektionen zwar Aufregungszustände und Schweisse auf. Dieselben wurden durch Zusatz von *Atropin* zur Einspritzung jedoch bald gehoben. Die Besserung ist natürlich keine jahrelange, weil das mechanische Schluckhindernis nur ein Moment für den allgemeinen Verfall bildet; gegen die Krebs-Kachexie an und für sich und auch gegen den gestörten Verdauungschemismus bei auf den Magen übergreifenden *Tumoren* hat unsere Wissenschaft noch keine wirksamen Mittel.

Mit Zahlen-Angaben können wir freilich die aus der *Morphium*-Behandlung resultierende Lebensverlängerung nicht berechnen. Auch giebt es selbstverständlich Kranke genug, bei welchen die *Morphium*-Injektion von Anfang an oder schliesslich nicht mehr eine nennenswerte Besserung schafft. Während aber bei den übrigen Methoden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bald die *Stenose* unüberwindlich wird, trat die Gefahr des Verhungerns bei obigen 11 Fällen so lange nicht wieder heran, als die Patienten überhaupt in Beobachtung waren, obgleich sie bei der Mehrzahl schon vorzuliegen schien, als mit den *Morphium*-Injektionen begonnen wurde.

In 2 anderen Fällen, die hier nicht ausführlich angeführt sind, wurde zwar die Durchgängigkeit der Striktur für Speisen nicht mehr erreicht, doch zeigte sich regelmässig eine günstige Wirkung des *Morphiums* darin, dass nur nach Einspritzungen Sonden eingeführt werden konnten. Wenn dies auch nicht regelmässig gelingt, so ist eine Injektion trotzdem stets zu geben, um versuchsweise die Einführung der Instrumente und durch diese dann das Eingiessen von Nährflüssigkeiten in den Magen gerade bei verzweifelten Fällen zu erleichtern oder überhaupt noch zu ermöglichen. Bei unseren 12 Patienten wurde die Sonde nur zu diagnostischen Zwecken benutzt, und wo man mit den *Morphium*-Injektionen zum Ziele kommt, sollte man sich hierauf beschränken, um nicht das Wachstum und den raschen Zerfall durch das häufige Sondieren zu befördern.

Der Gefahr, den Patienten möglicherweise zu einem Morphinisten zu machen, können wir vorläufig nicht entgehen. Sie ist aber wesentlich geringer, wie man glauben sollte, weil man für unseren Zweck meist nur sehr allmählich mit der Dosis zu steigen genötigt ist. Von zwei Übeln wählt jeder stets das kleinere und wohl jeder Kranke würde, über den Sachverhalt schonend belehrt, selbst dem sicheren qualvollen Siechtum und Tod die Möglichkeit vorziehen, länger und angenehmer, wenn auch chronisch vergiftet, zu leben.

Zum Schluss erlaube ich mir noch eine 12te Krankengeschichte anzuführen; dieselbe betrifft einen Kranken mit wahrscheinlich nicht *carcinomatöser* Striktur. Auch hier wurden die jahrelang bestehenden Symptome der *Stenose* durch eine 14tägige Behandlung mit *Morphium*-Injektionen erheblich und dauernd gebessert oder gar für immer beseitigt.

Wilhelm M., 49 Jahre alt. Die Eltern des Patienten leben und sind gesund. Er selbst hatte als Soldat Lungenentzündung, eine Kopfrose und später den *Typhus*. Sein jetziges Leiden datiert drei Jahre zurück. Es begann mit allmählich sich steigernden Beschwerden beim Herabschlingen der Speisen, besonders feste und kalte Nahrung blieb oberhalb des Magens stecken und wurden bald durch Erbrechen wieder herausbefördert. In dem Erbrochenen waren häufig zähe Schleimmassen, auch war die Farbe öfter bräunlich. Während des Verlaufs der Krankheit hat meist *Obstipation* bestanden. Patient ist infolge mangelhafter Ernährung körperlich sehr heruntergekommen. In dem letzten Jahre bestehen auch noch starke Schmerzen im Kreuz und in der Brust und ferner häufiges Aufstossen von Gasen.

Status praesens: Die Untersuchung des Patienten giebt überall normalen Befund. Bei Sondierung des *Oesophagus* stösst man in der Gegend der *Cardia* auf einen Widerstand, der aber auch für mittelstarke Sonden passierbar ist. Der Kranke vermag keine festen Speisen, auch keine

Milch oder schleimige Sachen zu schlucken, er klagt über Schmerzen in der Gegend des *scorbiculus*, welche auf Druck bedeutend intensiver werden. Er sagt aus, dass schon lange die Speisen in der Gegend der *Cardia* sitzen bleiben und dann plötzlich wie in einen Sack glitten.

Ordination: Morphium-Injektion vor jeder Mahlzeit 0,01. *Rp. Arg. nitr* 0,2, *Morph. acet* 0,1, *Aq. dest* 40,0, *Glycerin* 20,0, *M. D. S.* 3stündlich einen Theelöffel. Vierzehn Tage später verlässt der Patient die Klinik. Er ist im stande, jede feste Speise zu schlucken, sieht bedeutend wohler aus und hat über Schmerzen nicht mehr zu klagen.

Druck von Hesse & Becker in Leipzig.

Druck von Hesse & Becker in Leipzig.